VIII kadencja

# KANCELARIA SEJMU
# Biuro Komisji Sejmowych

## PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **KOMISJI ZDROWIA**
**(NR 166)**
z dnia 13 marca 2019 r.

# Pełny zapis przebiegu posiedzenia

# Komisji Zdrowia (nr 166)

13 marca 2019 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Bartosza Arłukowicza (PO-KO)**, przewodniczącego Komisji, i poseł **Beaty Małeckiej-Libery (PO-KO)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

**– „Informacja Ministra Zdrowia Łukasza Szumowskiego na temat systemu opieki geriatrycznej”.**

W posiedzeniu udział wzięli: **Zbigniew Król** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Lidia Ułanowska** dyrektor Departamentu Polityki Senioralnej Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, **Barbara Wójcik-Klikiewicz** zastępca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia, **Beata Babiak** wiceprezes Fundacji Humanum B(est) wraz ze współpracownikami, **Agnieszka Borzym** kierownik Oddziału Psychogeriatrycznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, **Alicja Cichoń** przewodnicząca Komisji Zdrowia i Spraw Społecznych Rady Powiatu Mińskiego, **Piotr Grochowski** prodziekan ds. dydaktyki Akademii Wychowania Fizycznego w Poznaniu ze współpracownikiem, **Ewa Janiuk** wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Krzysztof Kasprzycki** przewodniczący Komisji Zdrowia Rady Powiatu Piaseczyńskiego, **Kazimierz Kłodziński** przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów Naczelnej Rady Lekarskiej, **Mariusz Kocój** ekspert Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie, **Krystyna Lasek** prezes Świdnickiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku, **Jerzy Nazaruk** prezes Stowarzyszenia na rzecz Rozwoju Cywilizacyjnego „Ściana Wschodnia” w Sejnach, **Wiesława Olczyk** prowadząca-koordynator Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Bolesławcu, **Alicja Szymala** wiceprzewodnicząca Miejskiej Rady Seniorów z Mińska Mazowieckiego wraz ze współpracownikami, **Tomasz Targowski** kierownik Kliniki i Polikliniki Geriatrii w Narodowym Instytucie Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, **Julian Waszak** kierownik Pracowni Integracji Międzypokoleniowej Kujawsko-Pomorskiego Centrum Kultury w Bydgoszczy ze współpracownikiem, **Katarzyna Wieczorowska-Tobis** prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego oraz **Mateusz Moksik** asystent przewodniczącego Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Jakub Stefański** oraz **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Otwieram posiedzenie Komisji Zdrowia. Stwierdzam kworum. Posiedzenie zostało zwołane w trybie art. 152 ust. 2 regulaminu Sejmu. Ten przepis regulaminu stanowi, że na pisemny wniosek 1/3 liczby posłów, członków komisji, przewodniczący komisji jest zobowiązany zwołać posiedzenie komisji w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku, czyli w ciągu 30 dni od dnia 20 lutego 2019 r. Zgodnie z wnioskiem grupy posłów, porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje informację ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego na temat systemu opieki geriatrycznej. Brzmienie porządku dziennego wynika z wniosku grupy posłów.

Prośba o wpisanie się wszystkich gości na listę obecności. Przystępujemy do realizacji porządku dziennego.

Na początek chciałbym oddać głos przedstawicielom ministerstwa, którzy nie wiem, gdzie zajęli miejsca, bo nie znamy jeszcze tej sali. OK, jest minister. Proszę o krótką informację ze strony Ministerstwa Zdrowia, a potem rozpoczniemy debatę z udziałem naszych seniorów.

Chcę poinformować państwa, że zaprosiliśmy na dzisiejsze posiedzenie Komisji przedstawicieli uniwersytetów trzeciego wieku, stowarzyszeń emerytów i rencistów oraz

stowarzyszeń, fundacji i organizacji pozarządowych zajmujących się seniorami. Zaproszenie było szeroko otwarte dla chętnych, w związku z tym wypowiedzi państwa, czyli przedstawicieli organizacji pozarządowych zajmujących się seniorami, na pewno będą miały dużą wagę i zajmą dużą część dzisiejszego posiedzenia Komisji. Zaczniemy jednak od ministra zdrowia. Bardzo proszę, panie ministrze.

**Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Zbigniew Król:**

Chciałbym na wstępie podkreślić, że w przekazanym na dzisiejsze posiedzenie materiale – do Komisji dotarło opracowanie całości obszaru, który odnosi się do omawianego tematu szeroko pojętej opieki geriatrycznej – oprócz informacji na temat świadczeń opieki zawarto również informacje na temat innych rodzajów świadczeń, takich jak pielęgnacyjno-opiekuńcze czy rehabilitacja lecznicza. Miało to na celu przedstawienie pełnego zakresu…

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Panie ministrze, przepraszam. Czy mogę prosić o przybliżenie mikrofonu, ponieważ jest hałas na sali i słabo słyszymy?

**Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:**

Chodziło o to, żeby określić całość, pełen szeroki zakres usług zdrowotnych dostępnych dla osób starszych, które są niezbędne do zapewnienia tej grupie opieki dostosowanej do potrzeb oraz jej stanu zdrowia. Mając na uwadze zakres świadczeń udzielanych osobom starszym, należy zauważyć, że seniorzy są bardzo niejednorodną grupą zarówno pod względem fizycznym, psychicznym, jak i społecznym, a również zdrowotnym. Ze względu na m.in. zróżnicowane potrzeby zdrowotne osób starszych, w obecnej sytuacji demograficznej kwestie związane z zapewnieniem tej grupie odpowiedniego wsparcia stanowią ogromne wyzwanie dla całego rządu, w tym Ministerstwa Zdrowia.

Osoby starsze mogą korzystać ze świadczeń udzielanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, w poradniach specjalistycznych, w tym o profilu geriatria, w zakładach opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz oddziałach szpitalnych. Biorąc pod uwagę częstość występowania wielochorobowości w populacji osób starszych, zastosowanie całościowej oceny geriatrycznej pozwala na zidentyfikowanie współistniejących problemów zdrowotnych i przyspieszenie możliwości podjęcia skutecznego leczenia. Z tego względu, od 1 lipca 2016 r. świadczeniodawcy udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej zobowiązani zostali do opracowania i wdrożenia procedury oceny geriatrycznej pacjenta.

W 2018 r., w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia, świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatrii udzielano w ramach lecznictwa szpitalnego u 46 świadczeniodawców w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej i 9 świadczeniodawców poza systemem tego podstawowego zabezpieczenia. W ambulatoryjnej opiece zdrowotnej było 28 świadczeniodawców w ramach systemu zabezpieczenia oraz 62 świadczeniodawców poza tym systemem podstawowego zabezpieczenia.

Należy podkreślić, że osoby w starszym wieku mogą korzystać również ze świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej udzielanych w warunkach ambulatoryjnych, domowych, oddziału dziennego oraz stacjonarnych. W 2016 r. minister zdrowia zlecił Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji zaproponowanie rozwiązań mających na celu poprawę dostępności świadczeń rehabilitacji leczniczej. Prezes agencji powołał 8 zespołów opiniodawczo-doradczych w zakresie rehabilitacji, m.in. kardiologicznej, neurologicznej, onkologicznej oraz geriatrycznej. Ponadto od 1 września 2016 r. minister zdrowia wprowadził wykaz leków refundowanych, które są bezpłatne dla pacjentów w wieku powyżej 75 roku życia. W 2017 r. z wyżej wymienionego świadczenia skorzystało ponad 2,2 mln pacjentów w tej grupie wiekowej, natomiast w 2018 r., między styczniem a październikiem, ponad 2,3 mln osób. Kwota refundacji na bezpłatne zaopatrzenie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne przysługujące świadczeniobiorcom po ukończeniu 75 roku życia wyniosła w 2016 r. niemal 84 mln zł, w 2017 r. niemal 490 mln zł, a w roku 2018 niemal 686 mln zł.

Od 2008 r. obserwuje się stały wzrost liczby specjalistów w dziedzinie geriatrii, przy czym mamy świadomość, że ta grupa jest wciąż za mała. W latach 2008–2018 nastąpiło podwojenie liczby lekarzy specjalistów w tej dziedzinie. W Polsce jest aktualnie 447 lekarzy posiadających specjalizację z geriatrii, w tym 436 wykonujących zawód, według informacji na grudzień 2018 r.

Minister zdrowia uznał geriatrię za dziedzinę medycyny zaliczaną do priorytetowych już mocą rozporządzenia z dnia 22 grudnia 2003 r. w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe i stan ten utrzymał na mocy kolejnych rozporządzeń w 2009 r., w 2018 r. i w 2019 r. Skutkuje to przyznaniem wyższego wynagrodzenia zasadniczego lekarzom, którzy wybierają tę dziedzinę medycyny jako przedmiot specjalizacji w trybie rezydenckim. Ponadto minister zdrowia traktuje geriatrię w sposób szczególny, przyznając tyle rezydentur w poszczególnych postępowaniach kwalifikacyjnych, o ile występują wojewodowie i konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii. Aktualnie w trakcie szkolenia specjalizacyjnego z geriatrii jest ok. 177 osób, z czego 129 realizuje szkolenie w trybie pozarezydenckim.

Liczba jednostek uprawnionych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie geriatrii wynosi aktualnie 45. Jednostki te dysponują 275 miejscami szkoleniowymi w tej dziedzinie. Dodatkowymi działaniami ukierunkowanymi na zachęcanie lekarzy do podejmowania specjalizacji w dziedzinach priorytetowych, w tym geriatrii, są: przyznawanie lekarzom odbywającym szkolenie dodatkowych 600 zł brutto miesięcznie, a lekarzom odbywającym szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury, w dziedzinach określanych jako specjalizacje priorytetowe, dodatkowo 700 zł brutto miesięcznie, w zamian za zobowiązanie lekarza do przepracowania w Polsce łącznie dwóch z pięciu kolejnych lat przypadających bezpośrednio po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego; wprowadzenie do programów specjalizacyjnych dodatkowych sześciu dni na samokształcenie lekarza bez przedłużania czasu trwania specjalizacji oraz dookreślenie, że okres odpoczynku po zakończeniu pełnienia dyżuru przez lekarza nie powoduje wydłużenia jego szkolenia specjalizacyjnego; pokrywanie przez ministra zdrowia kosztów pełnienia dyżurów przez lekarzy w wymiarze godzin określonych w programie specjalizacji, co uwolni po stronie świadczeniodawcy dodatkowe środki na świadczenia zdrowotne; przyznanie lekarzom specjalistom zatrudnionym na podstawie stosunku pracy wynagrodzenia zasadniczego w kwocie nie mniejszej niż 6750 zł brutto miesięcznie, nie później niż od dnia 1 lipca 2018 r., przy czym lekarze ci zobowiązują się do niewykonywania tożsamych świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych w placówce medycznej innej niż główne miejsce zatrudnienia.

Nie może również zabraknąć informacji o kolejnej grupie profesjonalistów zajmującej się opieką nad osobami w wieku podeszłym, a mianowicie pielęgniarek. Od 1 stycznia 2016 r. uprawnione pielęgniarki mogą wystawiać recepty na leki, samodzielnie lub w ramach kontynuacji, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, a także wystawiać zlecenia i recepty na wyroby medyczne oraz skierowania na badania diagnostyczne.

Minister zdrowia podejmuje również działania mające na celu podniesienie jakości opieki geriatrycznej w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020. W tych działaniach były m.in.: organizacja szkoleń dla fizjoterapeutów w zakresie problematyki geriatrycznej, gerontologicznej oraz kompleksowej opieki nad osobami starszymi i wczesnego wykrywania chorób charakterystycznych dla wieku podeszłego.

W latach 2017–2018 działaniami edukacyjnymi objęto ponad 2 tys. fizjoterapeutów: organizacja szkoleń dla pracowników ochrony zdrowia zatrudnionych w oddziałach szpitalnych w zakresie prowadzenia oceny geriatrycznej pacjenta; organizacja szkoleń dla dietetyków z zakresu żywienia osób starszych w wieku 60+. W 2017 r. działaniami edukacyjnymi objęto 800 dietetyków.

Ponadto w roku 2017 Ministerstwo Zdrowia podpisało z Gdańskim Uniwersytetem Medycznym umowę na przeprowadzenie w latach 2017–2020 ogólnopolskiego badania stanu zdrowia starszych Polaków, ich sytuacji społeczno-ekonomicznej oraz jakości życia. Badanie określone jest symbolem PolSenior 2. Jest to kontynuacja czy drugie badanie, które odbywało się kilka lat wcześniej. Na podstawie wyników tego badania PolSenior 2

zostanie przeprowadzona ocena zdrowia starszych Polaków na tle ich sytuacji społeczno-ekonomicznej. Wyniki uzyskane w badaniu będą podstawą do kształtowania założeń dalszych działań z zakresu opieki zdrowotnej oraz pomocy społecznej. Dziękuję bardzo, panie przewodniczący, za możliwość wystąpienia.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Bardzo dziękuję. Otwieramy dyskusję. Bardzo proszę państwa chętnych do zabrania głosu – proszę się zgłaszać. Jeśli strona społeczna, nasi zaproszeni seniorzy chcą zabrać głos, to także proszę bardzo. Jest prośba, żeby przed wypowiedzią przedstawić się i poinformować nas, kogo państwo reprezentują. Otwieram dyskusję. Bardzo proszę, pan poseł Szczerba.

**Poseł Michał Szczerba (PO-KO) – spoza składu Komisji:**

Szanowny panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, przedstawiciele rządu, przede wszystkim chciałbym bardzo podziękować za to, że Komisja Zdrowia zwraca uwagę na ten absolutnie priorytetowy temat, jakim jest opieka zdrowotna nad osobami w wieku podeszłym. Raport jakim dysponujemy, przygotowany przez Najwyższą Izbę Kontroli w zakresie opieki geriatrycznej, ale również sytuacji osób chorych na chorobę Alzheimera, budzi absolutne zaniepokojenie. Państwo polskie i te ostatnie trzy lata w szczególności, pokazały, że służba zdrowia, jak i opieka nad osobami niesamodzielnymi nie są w Polsce przygotowane do tego wielkiego procesu, jakim jest starzenie się polskiego społeczeństwa. Chcemy zwrócić uwagę przede wszystkim na kwestię geriatrii, ponieważ jest to ten obszar w ramach budżetu NFZ, który jest absolutnie niedofinansowany. Nie wiem, czy państwo mają świadomość tego, że na geriatrię wydaje się niewiele ponad 100 mln zł, tj. niewiele ponad 1‰ całego budżetu NFZ. To są środki absolutnie niewystarczające, które trzeba skorelować również z działaniami ustawy o sieci szpitali, kiedy 28 oddziałów geriatrycznych zostało tak naprawdę zakwalifikowanych, poza konkretnymi wyjątkami, jako oddziały internistyczne w leczeniu szpitalnym.

Co jeszcze jest bardzo ważne? Rząd pani premier Ewy Kopacz – dokładnie pan minister Marian Zembala, a wcześniej pan minister Arłukowicz – przygotowywał standardy opieki geriatrycznej. One zostały przygotowane przez zespół ministra zdrowia. Do tej pory – minęły 3 lata i ja o tym mówię od trzech lat – te standardy opieki geriatrycznej nie zostały wdrożone. Rządowi Platformy Obywatelskiej i Polskiego Stronnictwa Ludowego udało się włączyć do finansowania w ramach NFZ całościową ocenę geriatryczną na oddziałach w leczeniu szpitalnym, natomiast NFZ do tej pory nie finansuje całościowej oceny geriatrycznej w leczeniu ambulatoryjnym. To jest problem, o którym również mówimy od trzech lat.

I ostatnia kwestia – sytuacja chorych na chorobę Alzheimera, chorobę otępienną. Zgodnie z raportem NIK, w Polsce mamy 470 tys. osób chorych na choroby otępienne, w tym chorobę Alzheimera. Od trzech lat – mimo że o to apelują parlamentarzyści, ale też środowiska opiekunów chorych na chorobę Alzheimera – nie ma narodowego programu alzheimerowskiego. To, panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, jest pewien standard – standard Światowej Organizacji Zdrowia, ale również konkretne zalecenie, żeby powstawał ten program, który w całościowy sposób będzie obejmował tę grupę chorych i tę, która wymaga specyficznej, szczególnej opieki.

Te wszystkie rzeczy, o których mówię – kwestia geriatrii, kwestia choroby Alzheimera – osobom starszym w naszym kraju gwarantuje konstytucja. Konkretny przepis konstytucji mówi o szczególnej ochronie zdrowia tej grupy wiekowej.

To są dwie kwestie, o które chciałbym zapytać. Co dalej z geriatrią i co dalej z chorymi na chorobę Alzheimera? W tej chwili – jak powiedziałem – jest to 0,5 mln osób, ale mamy statystyki, prognozy demograficzne i prognozy chorobowe, że w ciągu 20 lat w Polsce może być 1,5 mln osób chorych na chorobę Alzheimera. Nie można pozostawić ich samym sobie. To jest odpowiedzialność państwa, odpowiedzialność samorządu. W tej sprawie potrzebne są konkretne działania. Bardzo dziękuję.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Bardzo dziękuję, panie pośle. Pan poseł Latos.

**Poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, ja myślę, po pierwsze, że dobrze, iż na ten temat rozmawiamy, po drugie, że trzeba jednak wiedzieć, o czym się mówi i być precyzyjnym, bo dane, które mój przedmówca przytoczył, te 100 mln, dotyczą rzeczywiście choroby Alzheimera, a nie geriatrii jako całości. Mówimy więc precyzyjnie.

Jeżeli mówimy o nakładach na ochronę zdrowia w geriatrii, to w informacji, którą otrzymaliśmy od pana ministra, mamy te wydatki szczegółowo przedstawione. One przekraczają 2 mld zł rocznie. Oczywiście liczenie tego, po pierwsze, musi być bardzo jasno skomentowane i wyjaśnione. Pamiętajmy też o tym, że czym innym jest leczenie osób, które tego wymagają – są w wieku podeszłym – blisko miejsca zamieszkania, w szpitalu, ale też przez lekarzy internistów, którzy są przecież przygotowani do leczenia takich osób, a czym innym jest leczenie czy ustawienie leczenia w szczególnych przypadkach, czy w przypadkach, które tego wymagają, w ośrodkach, klinikach geriatrycznych, gdzie jest konieczność podjęcia takiej terapii, ustawienia leczenia, które później dalej jest prowadzone, chociażby przez lekarzy rodzinnych. To, szanowni państwo, są różne sprawy. Jeśli chodzi o nakłady, powiem tak. Ja się cieszę właściwie ze stwierdzenia posła Szczerby, że one może są niewystarczające i dlatego rosną w ciągu ostatnich lat. Być może rosną w stopniu niewystarczającym, ale uderzenie się w piersi, że w poprzednich latach państwo zbyt mało robili w tej sprawie – pan również, panie pośle, kiedy miał pan taką możliwość – ja przyjmuję, bo być może rzeczywiście można było uczynić więcej. Niemniej jednak następuje w tej sprawie zwiększanie nakładów i nie mylmy, bardzo proszę, kwestii związanych z jedną jednostką chorobową, zresztą bardzo poważną, z kwestią leczenia geriatrycznego w ogóle.

Tak czy inaczej, wydaje się, że jest zasadne, aby przyjąć pewien plan działania na przyszłość i pewien model postępowania, bo kwestia tego, czy będziemy kształcić więcej geriatrów jest oczywiście bardzo ważna. Uważam jednak, że również samo środowisko musi się tutaj w jakimś sensie określić. Natomiast niewątpliwie to nie rozwiązuje problemu, dlatego że tak, jak jeszcze przed epoką klinik geriatrycznych, kiedy w poszczególnych szpitalach, również w szpitalach powiatowych, funkcjonowali lekarze interniści, którzy opiekowali się takimi pacjentami, to też jest niezbędne, jasne dopełnienie całego systemu.

Oczywiście na ten temat powinien być prowadzony dialog. Z jednej strony, między parlamentem reprezentowanym przez Komisję Zdrowia, z drugiej strony, przez ministerstwo, a z trzeciej strony, zarówno przez środowisko samych osób zainteresowanych, jak i środowiska naukowe, które w dniu dzisiejszym – jak widzę – są tu reprezentowane, osoby, które tą problematyką na co dzień się zajmują. To tyle. I wrócę do tego, co powiedziałem już na początku, panie przewodniczący, bardzo dobrze, że tą tematyką w dniu dzisiejszym się zajmujemy. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Pani premier Kopacz, bardzo proszę.

**Poseł Ewa Kopacz (PO-KO):**

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Panie ministrze, chciałabym zwrócić uwagę na to, że w ciągu kolejnych lat przybywa pieniędzy w Narodowym Funduszu Zdrowia. W tym roku mamy ponad 80 mld zł. Średnio jest to ok. 5 mld zł więcej każdego roku. Trzy lata, to ok. 15 mld zł więcej w Narodowym Funduszu Zdrowia. Jak to się dzieje – patrząc tylko na tabelki przygotowane przez Ministerstwo Zdrowia – że w poszczególnych województwach dostęp do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej geriatrycznej jest niekiedy na tym samym poziomie co w roku 2015, a na niektórych obszarach, takich jak chociażby Śląsk, jest zdecydowanie mniej ośrodków, w których może skorzystać z tej opieki człowiek w podeszłym wieku. Z czego to wynika? Czy to wynika z waszych priorytetów i jednak odkładacie tę opiekę nad seniorami zdecydowanie dalej niż można by było wnioskować na podstawie waszych deklaracji, bo tabelki nie kłamią? To są tabelki przygotowane przez państwa.

Śląskie. W roku 2015 ambulatoryjnej opieki specjalistycznej można było się dopominać w 21 podmiotach, natomiast w roku 2018 tylko w 18 podmiotach. Czyli, generalnie, nawet maleje. Jeśli nie jest na tym samym poziomie, to maleje. Czy to wynika z tego, że nie podpisujecie kontraktów na świadczenia specjalistyczne w zakresie geriatrii? Z czego to wynika? Mam takie pytanie do pana ministra.

Następna sprawa – to jest dla mnie bardzo ważne – Narodowy Instytut Geriatrii. Chciałabym wiedzieć, jakie są jego losy, oprócz tego, że w ciągu ostatnich trzech lat zmieniliście aż czterech dyrektorów. Pytam, na jakim etapie w tej chwili jest organizacja tego instytutu i w jaki sposób służy to seniorom. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Dziękuję. Pani poseł Kaczorowska.

**Poseł Alicja Kaczorowska (PiS):**

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, zaproszeni goście, chcę powiedzieć, że rzeczywiście potrzeby osób starszych są tematem naglącym i trzeba wychodzić naprzeciw ich potrzebom. Sama starość przecież nie jest chorobą i te potrzeby wieku podeszłego trzeba rozpatrywać w kontekście zapotrzebowania i zapewniania bezpieczeństwa zdrowotnego w ujęciu ogólnym.

Osoby starsze, ze względu na rozwój medycyny, dożywają starszego wieku niż poprzednio i mają szansę – oczywiście, w cudzysłowie – zachorować również na inne choroby, a mianowicie, choroby: układu krążenia, mentalne, onkologiczne czy ortopedyczne wynikające z urazowości w tym wieku. Dlatego bezpieczeństwo zdrowotne trzeba rozpatrywać także w kontekście tego rodzaju podziału.

Oczywiście nakłady na ochronę zdrowia są coraz większe i obejmują także tę grupę wiekową, która zapadnie na te choroby o największej zapadalności, które są przyczyną największej umieralności. Dlatego, pamiętając o tym, że starość nie jest chorobą, jeżeli w przeżywaniu osobniczym osoby starszej trafi ona na inne schorzenia, to przecież leczy się je w innych oddziałach. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Dziękuję. Pani poseł Radziszewska.

**Poseł Elżbieta Radziszewska (PO-KO):**

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Panie ministrze, po pierwsze, prośba o tego typu dane tabelkowe, jakie dostaliśmy, dotyczące zabezpieczenia seniorów w ZOL-ach, bo o tym ani słowa pan nie wspomniał, a to też jest jeden z ważnych elementów opieki nad seniorami, chociaż taki, że to wiek pacjenta i jego stan zmuszają do tych działań leczniczo-opiekuńczych.

Drugie pytanie. Proszę o dopowiedź teraz i na piśmie. Jak wglądają rozmowy ministra zdrowia z panią minister ds. społecznych, ponieważ problem seniorów, nawet zdrowotny, to nie jest wyłącznie problem ministra zdrowia? To jest problem rządu. W związku z tym chcę zapytać, jak są zaawansowane, czego dotyczą, i czy w ogóle są rozmowy z minister Rafalską dotyczące opieki nad seniorami.

Wiadomo, że cały plan opieki geriatrycznej musi być wieloletni, bo jeżeli zaczyna się w punkcie zero, gdzie jest niewiele, to plan działań i skutecznej opieki nad seniorami chorymi wymaga działań krok po kroku. My wiemy, że to nie stanie się z roku na roku, dlatego tak bardzo ostro sprzeciwialiśmy się temu, że państwo tworząc ustawę o sieci szpitali, w ramach tych podstawowych oddziałów, zapomnieli o geriatrii. Efekt jest taki, jak pan przedstawił w załączonej tabelce – liczba oddziałów spadła, liczba geriatrów udzielających świadczenia ambulatoryjne specjalistyczne spadła, a rozdźwięk pomiędzy poszczególnymi województwami jest zastraszający. To znaczy, tam, gdzie mamy pewną świadomość rozwijania opieki geriatrycznej wydaje się 8 mln, np. poza opieką szpitalną, a tam, gdzie tej świadomości nie ma, to jest 100 tys. To są szalone różnice. Jeżeli nie będzie planu, to nie będzie również równych działań w całej Polsce.

Pan przedstawił, że przeszkoliliście 800 pielęgniarek, osób udzielających porad dietetycznych seniorom. Co to jest? 800 pielęgniarek, tzn. dwie na powiat. Czyli, w Warszawie dwie i w jakimś małym powiecie dwie, a przecież dieta dla seniora to jest ważny element

terapii. To nie wystarczy, panie ministrze, plus liczba lekarzy geriatrów. Jeżeli okazuje się, że nie ma polityki progeriatrycznej, to i chętnych, zainteresowanych tą specjalizacją, przy niedoborze kadr, będzie niewielu. W związku z tym, jak z tego punktu widzenia chce pan zająć się pacjentami.

Chciałabym prosić, żeby pan też ustosunkował się do tego. Jest pora, żeby nawet w tych oddziałach, które są, i tam, gdzie ewentualnie można byłoby je stworzyć, zmienić kryteria dotyczące wymogów, jakie powinien spełniać ten oddział pod względem zatrudnianej kadry. Są bowiem wykształceni lekarze, którzy czasem mają duże doświadczenie na oddziale chorób wewnętrznych, ale poprowadzić oddziału geriatrycznego nie mogą, bo nie mają specjalizacji z geriatrii. Prosiłabym, żeby na to również zwrócił pan uwagę i odpowiedział mi, co w tej kwestii mogą państwo zrobić.

Kończąc, chciałabym pana zapytać. Senior często bierze wiele leków, rano, w południe i wieczorem. Jest pod opieką lekarza POZ, który zastępuje geriatrę i scala to wszystko, co pacjent dostanie na kardiologii, neurologii, czasem jeszcze innym oddziale, bo geriatrii, która by ustawiła pacjenta dobrze, nie ma. Chcę jednak zapytać o inną rzecz.

Jeżeli już pacjent wymaga opieki specjalistycznej albo trafia do szpitala i przysługują mu leki 75+, to ten biedny senior nie może dostać leku od lekarza w szpitalu. Nie może od lekarza specjalisty dostać leku, który mu przysługuje w ramach bezpłatnych leków. Pamiętam, jak minister Radziwiłł powiedział nam, że leku seniorowi 75+ za darmo nie może wypisać lekarz specjalista, bo to jest sposób na skrócenie kolejek do specjalistów. Ja z taką oceną się nie zgadzam. Chcę zapytać, kiedy państwo wyrażą zgodę – bo my odnośną propozycję zmiany ustawowej już dawno złożyliśmy do laski marszałkowskiej – kiedy państwo to zatwierdzą, żeby senior 75+ po wyjściu ze szpitala nie musiał biec do lekarza POZ, żeby ten przepisał mu lek. Co najczęściej robi senior? Idzie do apteki wprost ze szpitala i wykupuje leki, płacąc więcej. To jest nieludzkie. Ja bym prosiła, panie ministrze, żebyście w końcu zmienili stosunek do tych seniorów i do oddziałów, personelu, który się nimi opiekuje i ogólnej opieki nad seniorami, bo prowadzenie pacjenta, zwłaszcza jeśli on jest niesamodzielny i chory, to nie jest tylko pana sprawa. Kiedy rząd zajmie się kompleksowo pacjentem seniorem? Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Dziękuję. Kto z państwa? Bardzo proszę, pani poseł.

**Poseł Bernadeta Krynicka (PiS):**

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, szanowni państwo, kiedy słucham tej hipokryzji, obłudy, to nie mogłabym nie zabrać głosu. Szanowni państwo, niszczyliście opiekę geriatryczną skutecznie przez 8 lat. Dokładnie pamiętam – pracowałam w tym czasie w szpitalu – jak likwidowane były poradnie geriatryczne za waszych czasów. Jak mógł się specjalizować młody lekarz na geriatrę, kiedy zamykaliście poradnie? A teraz walczycie o starszych ludzi, o opiekę geriatryczną.

Pani była minister Kopacz czy pani dr Radziszewska, przecież nie można was słuchać. To po prostu szczyty hipokryzji. Co zrobiliście przez ten czas, żeby wyszkolić specjalistów geriatrów? Co zrobiliście? Teraz chcecie, żebyśmy my w ciągu trzech lat wyspecjalizowali cały sztab lekarzy geriatrów. Zrujnowaliście opiekę geriatryczną w Polsce. Walnijcie się w pierś i przestańcie szerzyć tutaj propagandę. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Pani poseł, proponuję mniej emocji. Seniorzy nas obserwują. Ja nie mówię tego w swoim imieniu, tylko w pani imieniu. Ja chciałbym, żeby pani w jakikolwiek sposób starała się… Właśnie nie brakuje. Nie chciałbym powiedzieć ani słowa za dużo, żeby pani w żaden sposób nie urazić. W związku z tym zamilknę. Pani poseł Kopacz, w ramach odpowiedzi.

**Poseł Ewa Kopacz (PO-KO):**

Bardzo dziękuję. Ja do mojej przedmówczyni. Pani poseł, przespała pani szmat czasu, bo właśnie specjalizację modułową i promowanie tych, którzy mieli specjalizować się w wąskich specjalizacjach i tych, których brakowało na rynku, wprowadziliśmy my. Warto to przyznawać. Nawet jeśli dzisiaj jesteśmy w opozycji, to warto o tym powiedzieć, bo tego przyzwoitość wymaga.

Narodowy Instytut Geriatrii – nasz pomysł. Komisja stała w Sejmie ds. seniorów – nasz pomysł. Za naszych czasów na czele tej Komisji stał Michał Szczerba. Opieka geriatryczna i opieka nad seniorami naprawdę były prezentowane kilkakrotnie. Warto od czasu do czasu przeczytać. Ja wiem, że najwygodniej jest dzisiaj wyłącznie krytykować i mówić „za waszych czasów", ale dzisiaj nie czas w obecności tych ludzi, którzy przyjechali tu z różnych stron Polski, zwalać winy na przeciwników, tylko czas, żeby powiedzieć, co zrobiliście. Tak więc – jak powiedziała pani poseł Radziszewska – utrudniliście życie seniorom, tym po 75 roku życia, mówiąc, że jesteście w tym bezradni, bo nie możecie dzisiaj spowodować, żeby lekarz, który pracuje w oddziale, wypisał receptę na bezpłatne leki. Mało tego, ci którzy biorą te leki – mam nadzieję, że będą takie głosy – najczęściej mają bezpłatne te leki, które kosztują 8, 12, 15 zł. Proszę się zorientować, ile senior z przewlekłymi chorobami wydaje co miesiąc na leki. Nie opowiadajcie więc, że zrobiliście bezpłatne leczenie dla seniorów po 75 roku życia – tego wymaga przyzwoitość. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Dziękuję. Pani poseł Libera.

**Poseł Beata Małecka-Libera (PO-KO):**

Dziękuję bardzo. To posiedzenie Komisji miało być bardzo merytoryczne i raczej oczekiwałam od pana ministra tego, o co apelował pan poseł Latos, a mianowicie przyjęcia planu działań, zarówno w tych trzech latach, kiedy państwo sprawują władzę, jak i na przyszłość. Ponieważ my od wielu lat mamy świadomość tego, że geriatria, a także opieka zdrowotna i socjalna dla osób starszych jest tematem wieloletnim i nie załatwimy tego problemu wszechstronnie w ciągu jednego roku, oczekiwałam raczej tego, że pan dzisiaj przedstawi jakąś strategię wieloletnią i plany na lata następne. Natomiast jeśli chodzi o te słowa, które tu padają, m.in. ze strony pani poseł Krynickiej, to, pani poseł, pani nas nie obrazi. Naprawdę. To nie jest ten poziom i nie miejsce do tego, żebyśmy się tu wzajemnie obrażali. Przyjechali ludzie, którzy chcą usłyszeć konkretne propozycje i konkretne plany na następne lata, które mamy realizować.

Kiedy obserwuję to wszystko, co zostawiliśmy – jak to już pięknie mówicie – to zostawiliśmy wiele możliwości do tego, żeby te sprawy kontynuować. Między innymi w w Narodowym Programie Zdrowia jako cel główny, strategiczny, była zapisana opieka zdrowotna nad seniorami. Chciałabym, żeby pan minister mi powiedział, w jaki sposób rozwinęliście ten wątek, w jaki sposób jest realizowany ten program, jakie są skutki tego programu, a może jak go trzeba ewaluować. To jest rozmowa merytoryczna.

Jestem również członkiem zespołu ds. psychiatrii. Tam ostatnio poruszony był temat związany z opieką psychiatryczną dla osób senioralnych. Przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia powiedział takie oto słowa, że nie ma problemu z dostępnością do usług psychiatrycznych osób starszych 65+. Nie ma, proszę państwa, bo te osoby nie są w stanie wyjść z domu. Czy wy w końcu to rozumiecie? Te osoby są zamknięte w domach, nikt nimi się nie opiekuje. To są osoby niesamodzielne, bardzo często starsze. To nie są te osoby, które są aktywne i przyjechały dzisiaj, żeby walczyć o opiekę zdrowotną i socjalną dla osób starszych. Państwo, którzy tu dzisiaj przyjechali, są osobami aktywnymi, a gdzie jest cała rzesza tych, którzy właśnie wymagają wsparcia państwa. Dlatego chciałabym usłyszeć konkretnie, panie ministrze, jaki jest plan, jaka jest strategia tej opieki na następne lata, z całą świadomością, że nie załatwimy sprawy w ciągu jednego roku. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Dziękuję. Zgłaszał się jeszcze poseł Latos.

**Poseł Tomasz Latos (PiS):**

Szanowni państwo, myślę, że jednak nie jest tak, że ktoś nagle pojawił się tutaj i nie pamięta, jak było w przeszłości. Naprawdę, szanowni państwo, szanujmy się nawzajem. Gdyby teraz ktoś nagle pojawił się w Polsce na posiedzeniu tej Komisji, to pomyślałby, że były powszechne (wszędzie i dla wszystkich) darmowe leki, do których PiS utrudniło dostęp. Szanowni państwo, przedtem w ogóle nie było leków darmowych, teraz są leki

75+. Ja rozumiem, że wszyscy chcielibyśmy, żeby każdy z lekarzy mógł je wypisywać. System informatyczny jest budowany od kilkunastu lat i mam nadzieję, że w końcu zacznie funkcjonować (ogromny postęp w tej sprawie uzyskał minister Cieszyński), bo wtedy te leki będą mogli wypisywać również inni lekarze, a nie tylko lekarze rodzinni. Jednak te kilkaset milionów złotych co roku, to jest realne wsparcie dla seniorów.

Tak wygląda sytuacja również w innych dziedzinach. Dodatkowe setki milionów złotych na leczenie zaćmy, na endoprotezy. To w znacznym stopniu dotyczy osób w wieku podeszłym. Takie są fakty. Wiele w tej sprawie zrobiono. Czy zrobiono wszystko i wystarczająco? Zapewne nie, bo nie da się wszystkiego na raz odrobić i nadrobić, ale niewątpliwie trzeba mieć dużo złej woli, żeby o tym nie pamiętać i o tym nie wiedzieć. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Poseł Radziszewska.

**Poseł Elżbieta Radziszewska (PO-KO):**

Ja bardzo krótko chciałabym prosić panią poseł Krynicką, by nie stosowała metody obrony przez atak. Spotykamy się na posiedzeniu Komisji po to, żeby zmobilizować pana ministra, żeby wypracować jakieś spójne działania. Pani mówi, że była niszczona opieka geriatryczna. Pani poseł, jeśli niszczeniem jest opracowanie standardów opieki geriatrycznej, które zostały w ministerstwie i przez 3,5 roku nie zdołali państwo ich wdrożyć, to – przepraszam – ile jeszcze na to trzeba czekać. Może pan minister sięgnie do tego dokumentu. Bardzo proszę. On ma ponad 4 lata. Proszę sięgnąć po ten dokument. Wystarczy wydać rozporządzenie na podstawie tych standardów i wdrożyć w życie.

Ważne jest, żebyśmy dzisiaj usłyszeli, jakie państwo mają priorytety, a nie „8 lat". Ktoś, kto przejmuje odpowiedzialność za rządy, bierze odpowiedzialność za wszystkie działania. Proszę patrzeć na to, co państwo robią, a nie na to, co robili poprzednicy. Wy robicie odwrotnie – udajecie, że oni nic nie robili, zamykacie to wszystko, co inni robili, a sami nic nie robicie.

Pani poseł, jest pani pielęgniarką i takie rzeczy pani opowiada. Niech pani zastanowi się, minister zamykał u pani w szpitalu poradnię geriatryczną? To, jeśli pani była taka aktywna, gdzie pani była. Dlaczego pani nie protestowała, że pani dyrektor zamyka poradnię geriatryczną? To dzieje się tam, na miejscu. Dzisiaj pan minister zdrowia też nie ma wpływu na to, jaką poradnię otwiera i zamyka dyrektor. Z tego czynić zarzut, to jest po prostu śmieszne i naprawdę obraża inteligencję. Panie ministrze, proszę o udzielenie odpowiedzi na temat tych standardów.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Dziękuję bardzo. Pani poseł Kaczorowska.

**Poseł Alicja Kaczorowska (PiS):**

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, zaproszeni goście, ja chciałabym przypomnieć, że w ostatnim roku sprzedano czy wydano z apteki ponad 50 mln opakowań leków 75+. Jeśli się policzy, że jest 9 mln osób, które z tego korzystają, to wypada prawie 10 paczek leków rocznie. Oczywiście, nie wszyscy z tego skorzystali, ale jest to jakaś ulga, także finansowa. Mam więc pytanie do pana ministra, czy w ramach cyfryzacji i postępów cyfryzacji, rozwoju platformy „e", przewiduje się to, że także specjaliści będą wypisywać te leki, przez co zwiększy się dostępność do leków darmowych. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Dziękuję. Pan poseł Hok.

**Poseł Marek Hok (PO-KO):**

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowna Komisjo, zaproszeni goście, odwoływanie się do tego słynnego hasła „8 lat" naprawdę już zupełnie nie ma sensu i jest nieuprawnione. Państwo już czwarty rok biorą odpowiedzialność m.in. za ochronę zdrowia. Systemy, o których tutaj mówili moi koledzy, przygotowane na temat opieki nad seniorami, zostały właściwie zniszczone.

Pan przewodniczący Latos nawołuje do dialogu, do rozmowy. Od czterech lat są jakieś próby rozmowy, ale właściwie nie wiadomo, z jakimi środowiskami i o czym. Nawołuje też do tego, żeby mówić precyzyjnie, więc ja powiem precyzyjnie, panie przewodniczący, że w roku 2017 ludność polska liczyła ponad 38 mln, a ponad 24% to byli ludzie po 60 roku życia. Jednak już nie długo, bo w roku 2050 – mam nadzieję, że pani poseł Krynicka też będzie o tym pamiętała – tych ludzi po 60 roku życia będzie ponad 40%. Wyzwania demograficzne są jednoznaczne.

Mówimy o kształceniu lekarzy. Jeżeli dzisiaj mamy na polskim rynku 430 lekarzy geriatrów i państwo też mówią, że 177 lekarzy jest w trakcie szkolenia w zakresie geriatrii. To jest tylko 48 młodych lekarzy, którzy w trybie rezydenckim podjęli się tej specjalizacji, a 130 to są osoby, które w trybie pozarezydenckim – czyli interniści, neurolodzy, którzy tak naprawdę są już w wieku zbliżającym się do wieku geriatrycznego. Postanowiły pomóc w tej specjalizacji. Jakie więc będzie szkolenie i jaki będzie wynik tego szkolenia za parę lat?

Państwo wprowadzili słynną sieć szpitali, gdzie ponad 500 szpitali ma 4-letnie zabezpieczenie w systemie ryczałtowym. Czy nie można było się zastanowić nad tym, żeby wielu spośród z tych szpitali, zwłaszcza powiatowych, które mają olbrzymie kłopoty, olbrzymie problemy finansowe, które ledwo sobie radzą – mam nadzieję, że jutro będziemy o tym mówili – dać szansę, żeby przekształciły się w innego rodzaju usługi, może właśnie geriatryczne, opiekuńcze, rehabilitacyjne. Nie trzeba tych szpitali zamykać. Trzeba myśleć o tych ludziach, którzy przez najbliższe lata, naście lat, będą korzystali z tej opieki nad osobami starszymi.

Pani poseł powiedziała, że starość to nie choroba. Oczywiście, że to nie choroba, ale to jest olbrzymi problem i ekonomiczny, i społeczny dla nas wszystkich.

I te słynne leki 75+. Proszę przypomnieć sobie, że większość spośród tych leków do tej pory albo bezpłatna, albo ryczałtowa po 2–3 zł… Dzisiaj państwo się chwalą, że to jest wielka pomoc dla osób po 75 roku życia. Proszę spytać te osoby, które są w tej sali, w jaki sposób korzystają z tego pięknego projektu „bezpłatne leki 75+”.

Myślę – o co apelujemy – że czas najwyższy pokazać drogę dojścia do opieki długoterminowej dla osób starszych, a nie przywoływać to, co było 4 lata temu, 8 lat temu, kto i w jaki sposób niszczył. Pan poseł Krynicka, pani też będzie w wieku emerytalnym, kiedy będzie pani chciała być objęta dobrą opieką przez lekarzy geriatrów. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Bardzo proszę.

**Poseł Bernadeta Krynicka (PiS):**

Dziękuję. Panie pośle Hok, gwarantuję panu, że gdy będzie rządził rząd Prawa i Sprawiedliwości, opieka geriatryczna na pewno będzie w bardzo dobrej kondycji, a kiedy ja będę właśnie w tym wieku, to ona będzie świetna, ale pod warunkiem, że my będziemy rządzili.

Chcę się odnieść do słów pań poseł Kopacz i Radziszewskiej. Drogie panie posłanki, wy nie tylko niszczyliście polską geriatrię, ale też niszczyliście Polskę, więc musicie się do tego w końcu przyznać. Wasza polityka doprowadziła do tego…

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Pani poseł, przepraszam. Chciałbym pani tylko przypomnieć, że my rozmawiamy o geriatrii, a pani mówi o niszczeniu Polski. Może by tak do brzegu bardziej…

**Poseł Bernadeta Krynicka (PiS):**

Ja jestem przy samym brzegu i dobrze wiem…

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Widzimy to.

**Poseł Bernadeta Krynicka (PiS):**

…że jedno z drugim się łączy. Wasza polityka doprowadziła do tego, że były zamykane poradnie geriatryczne.

Panie pośle Hok, mówi pan, że będzie 40% seniorów. Owszem, ale na pewno wzrośnie liczba młodych, bo dzięki naszemu programowi 500+ wzrasta liczba urodzeń, więc…

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Sala chyba oczekuje, pani poseł, żeby powolutku kończyć swoją wypowiedź.

**Poseł Bernadeta Krynicka (PiS):**

Panie przewodniczący, pan swoim koleżankom nie mówi „do brzegu", więc niech zachowa pan też trochę kultury dla posłanek Prawa i Sprawiedliwości. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Będę uczył się od pani kultury całe życie…

**Poseł Tomasz Latos (PiS):**

Panie przewodniczący, prosiłbym jednak, żeby pan nie wchodził w polemiki i żeby pan po prostu moderował dyskusję…

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Panie przewodniczący, czy to, że ja powiedziałem, że będę musiał uczyć się całe życie kultury od pani poseł Krynickiej, to jest wchodzenie w polemikę. To jest tylko oddanie czci i hołdu pani poseł. Poseł Rychlik, bardzo proszę…

**Poseł Tomasz Latos (PiS):**

Ja naprawdę proszę. Pan wie, o co mi chodzi.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Bardzo proszę, panie pośle i przepraszam, bo nie widziałem, że pan wcześniej się zgłaszał.

**Poseł Paweł Rychlik (PiS):**

Panie przewodniczący, szanowni państwo, zaproszeni goście, ja muszę odnieść się do słów, które padły ze strony przedstawicieli opozycji, dotyczących programu senior 75+, bezpłatne leki. Mianowicie, ten program działa dobrze. Korzystają z niego seniorzy. Są to nie tylko leki tanie, za 2–3 zł, jak tutaj pada. Nie wiem, czy pani premier, pani poseł Kopacz wie, ile kosztują choćby na zniżkę preparaty na astmę albo na przerost gruczołu krokowego, które są bezpłatne. Gdyby pani wiedziała, to by pani nie mówiła, że 2 zł. Seniorzy z tego korzystają i są zadowoleni. Te kwoty, które tu są wymienione, po prostu przemawiają za tym, jaka to jest wartość dodana właśnie dla polityki senioralnej.

Nawiążę też do aktywizacji seniorów. Wiemy, że przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej jest wdrożony program „Senior+", czyli tworzenie domów dziennego pobytu. Zachęcam tutaj samorządy za pośrednictwem mediów – ja pani nie przeszkadzałem – żeby przystępowały, bo są pieniądze na stworzenie takich domów w gminach, małych miasteczkach, domach kultury, na wolnej powierzchni. Tam, gdzie jest wolna powierzchnia, można ją po prostu zagospodarować i tworzyć te domy, aktywizować. Tym właśnie się różnimy, ponieważ, gdy rządziła opozycja, to aktywizowała seniorów poprzez przymus pracy do 65 roku życia.

Jeszcze jedno pytanie do pana ministra i taka sugestia. Bardzo ważną, znaczącą kwestią jest polityka geriatryczna. Chodzi o zakłady opiekuńczo-lecznicze. Czy jest jakiś zamysł, jakiś plan działania w tym zakresie? Jest to ogromne wyzwanie na najbliższe lata, aby właśnie w szpitalach powiatowych tworzyć ZOL-e, które są potrzebne, a niestety dzisiaj tę rolę odgrywają oddziały internistyczne, gdzie koszty są o wiele większe niż w ZOL-ach. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Bardzo dziękuję. Oddajmy teraz głos stronie społecznej. Państwo od dłuższego czasu czekają. Ja do tego wszystkiego odniosę się po.

Bardzo proszę, po kolei. Zaczynamy od pań. Proszę się przedstawić. Kogo pani reprezentuje?

**Przewodnicząca Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego Katarzyna Wieczorowska-Tobis:**

Nazywam się Katarzyna Wieczorowska-Tobis. Reprezentuję dzisiaj Polskie Towarzystwo Gerontologiczne, którego jestem prezesem, ale jestem pracownikiem Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Jestem lekarzem geriatrą, mam również specjalizację z medy-

cyny paliatywnej. W latach 2014–2015 byłam krajowym konsultantem ds. geriatrii, natomiast w tej chwili jestem…

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Proszę o ciszę na sali. Przepraszam. Panie i panowie posłowie, teraz mówi pani profesor. Proszę.

**Przewodnicząca Zarządu Głównego PTG Katarzyna Wieczorowska-Tobis:**

W latach 2014–2015 byłam krajowym konsultantem ds. geriatrii, a obecnie jestem doradcą stałym Komisji Polityki Senioralnej. Przysłuchując się państwa dyskusji bardzo cieszę się, że geriatria wzbudza tak ogromne zainteresowanie. Natomiast chciałabym zauważyć, że w porządku obrad jest napisane, że jest to informacja na temat systemu opieki geriatrycznej. Myślę, że musimy sobie zdać sprawę z tego, czym różni się geriatria od opieki senioralnej, ponieważ nie wszystkie działania dedykowane osobom starszym są opieką geriatryczną, tak jak nie wszystkie działania podejmowane wobec serca są kardiologią. To jest niezwykle ważne, bo tak jak nie każdy pacjent, który ma trochę nadciśnienia i zaburzeń rytmu, trafia do kardiologa, tak nie każda osoba starsza trafia do geriatry. W żadnym systemie, nigdzie na świecie nie ma takich pieniędzy i takiej liczby geriatrów, żeby każda osoba starsza miała zapewnioną opiekę geriatry. To jest pierwsza rzecz, z której musimy sobie zdać sprawę na początku.

Wobec tego przygotowany do opieki geriatrycznej system, tj. system, w którym przygotowany do opieki nad seniorem są lekarz rodzinny i lekarz internista, a także wszyscy inni specjaliści. Zatem, po pierwsze, musimy przyjrzeć się systemowi kształcenia i zadać pytanie, czy wszystkie uczelnie mają jednostki geriatryczne i są przygotowane do uczenia geriatrii. Po drugie, to jest system, w którym każdy trudny pacjent, czyli taki, który ma tzw. złożoną, wieloelementową wielochorobowość, a zatem zaburzenia internistyczne, psychiatryczne, neurologiczne, często potrzeby rehabilitacyjne, ma dostęp do konsultacji geriatrycznej. Jeśli więc podjęliśmy decyzję, że nie są potrzebne oddziały geriatryczne we wszystkich szpitalach, to zastanówmy się, jak wygląda dostępność do konsultacji geriatrycznych.

Proponujemy i dyskutujemy uruchomienie tzw. mobilnego czyli ruchomego zespołu geriatrycznego, który w szpitalach zapewniłby opiekę wszystkim osobom, które tego potrzebują. Jeśli wdrożymy opiekę czy ocenę geriatryczną u każdej starszej osoby, która wchodzi na oddział, czy do szpitala, to tak naprawdę pierwszy etap oceny mamy wdrożony, ponieważ ten system może służyć wybraniu osób, które dalej potencjalnie powinny być przez lekarzy geriatrów konsultowane.

System rzeczywiście w tej chwili nie posiada takiego rozwiązania. To jest rozwiązanie, nad którym pracujemy i mam nadzieję, że w przyszłości uda się je wprowadzić. Czyli, to byłby mobilny zespół geriatryczny, który konsultowałby pacjenta na każdym oddziale, a więc mógłby służyć konsultacją każdemu lekarzowi w szpitalu. To jest niezwykle ważne też dlatego, że mamy bardzo wyraźny problem z odróżnieniem polityki senioralnej i geriatrii, a co za tym idzie, byłby to rodzaj edukacyjnego działania na rzecz pokazania, czym różni się geriatria od opieki senioralnej w ogóle. To chyba tyle. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO-KO):**

Dziękuję bardzo. Na końcu, z prawej strony, w środku, ręka w górze. Proszę, pan. Proszę się przedstawić.

**Prezes Stowarzyszenia na rzecz Rozwoju Cywilizacyjnego „Ściana Wschodnia" w Sejnach Jerzy Nazaruk:**

Jerzy Andrzej Nazaruk, jestem kulturoznawcą. Pracuję na co dzień w uniwersytecie trzeciego wieku, w małej miejscowości na pograniczu Polski i Litwy, w Sejnach.

Proszę państwa, przyjechałem tutaj, żeby jako człowiek już niezmiernie doświadczony zobaczyć, jak od strony tych, którzy nami rządzą, wyglądają sprawy ludzi starych. Okazuje się, że jest to norma – średnia krajowa, tj. tak samo, jak wszędzie. Chciałbym państwu powiedzieć, że my tu już jesteśmy. My seniorzy siedzimy tu i w tej dyskusji na temat tego, jak oddziałuje na nas polityka geriatryczna albo polityka senioralna,

mogą państwo, skracając swoje przemówienia, zapytać nas, a my bardzo chętnie odpowiemy, ponieważ po to przyjechaliśmy do państwa. To jest pierwsza, zasadnicza sprawa.

Druga sprawa, proszę państwa, to jak te leki oddziałują. Niebawem każdy z was – jako że, tak jak teraz w Polsce koniecznie trzeba płacić podatki, tak i każdy, proszę państwa, będzie stary – przekona się, co tak naprawdę jest osobie starej potrzebne. Nikt tego nie uniknie – ani pani, która uważa, że cztery lata temu było gorzej, ani pani, która uważa, że teraz jest lepiej. Wszystkim równo.

Następna sprawa. Chciałbym państwu powiedzieć, że jak wyrzut sumienia zabrzmiało to, że w Polsce jest za mało osób, które doradzają seniorom albo osobom chorym, jak mają się odżywiać. Za mało jest tych pielęgniarek. Proszę państwa, chcę państwu powiedzieć, że przez media przeleciała zupełnie niezauważona przez władze i przez nikogo informacja, że ponad 0,5 mln seniorów w Polsce głoduje. Ponad 0,5 mln ludzi zastanawia się, czy dzisiaj zjeść kolację, czy ten serek, który dzisiaj mógłby być zjedzony na kolację, trzeba przeznaczyć na śniadanie, bo na jutro nie będzie. Chciałbym, żebyśmy tu o tym porozmawiali albo może usłyszeli, że państwo o tym wiedzą. Wystarczy tyle, czy państwo o tym wiedzą i zdają sobie z tego sprawę.

Następna sprawa jest taka. Bardzo dziękuję pani profesor za naprawdę merytoryczny głos mówiący o tym, co to jest geriatria i co to jest polityka senioralna, gdyż uważam, że taki głos powinien rozpocząć naszą debatę. Najważniejszą rzeczą – wiem to z doświadczenia już ponad dziesięcioletniego prowadzenia uniwersytetu trzeciego wieku, który na obszarze 40–50 km jest de facto jedyną instytucją, która prowadzi kształcenie ustawiczne i zajmuje się wieloma rzeczami. Głównym celem i oczekiwaniem każdego z seniorów (uwaga, jak każdego człowieka) jest zdobycie podmiotowości swego istnienia. To, że ci ludzie są podmiotem działania Sejmu, rządu, Kościoła, wójta, że są potrzebni. Chyba każdy z nas marzy o tym, żeby takim być…

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Dziękuję.

**Prezes Stowarzyszenia „Ściana Wschodnia” w Sejnach Jerzy Nazaruk:**

Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Pan zgłaszał się od dłuższego czasu. Oddaję panu głos. Proszę bardzo. Proszę się przedstawić. Widzę. Wszyscy zabiorą głos. Proszę też o pewną dyscyplinę czasową.

**Konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii Tomasz Kostka:**

Dziękuję bardzo. Prof. Tomasz Kostka, konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii. Dziękuję za możliwość zabrania głosu.

Panie przewodniczący, szanowni państwo, jeżeli chodzi o statystyki, jesteśmy do dyspozycji. Jak to wygląda? Rzeczywiście jest 430 lekarzy geriatrów, ale połowa nie pracuje w specjalności geriatria, bo to po prostu w ogóle się nie opłaca. Geriatria polska, mimo pewnego rozwoju, cały czas jest 20–30 lat za krajami Europy Zachodniej. Jeżeli mam 3 minuty, to państwu powiem, co, naszym zdaniem, trzeba zrobić.

Po pierwsze, biorąc pod uwagę wyzwania demograficzne, trzeba wyraźnie powiedzieć, że państwo jako osoby decyzyjne powinni być troszeczkę uodpornieni na to, że każdy specjalista przychodzi i mówi, że jego choroba jest epidemią XXI wieku. Kardiolog powie o niewydolności krążenia, diabetolog o cukrzycy, psychiatra o depresji, a neurolog o chorobie Alzheimera. Proszę państwa, zapewniam, że żaden system za 20–30 lat nie udźwignie tak rozczłonkowanej opieki nad starszą osobą. Dlatego powstała geriatria, która stara się leczyć najwięcej chorób, ile się da.

Sytuacja wygląda dramatycznie – mówię to jako praktykujący lekarz w Łodzi. Łódź jest najstarszym z dużych miast w Polsce, gdzie ja wielokrotnie w tygodniu widzę osoby, które ledwo są w stanie dotrzeć do jednego lekarza lub są dowożone. Nie są w stanie pójść do wszystkich specjalistów, a gdy nie daj boże dotrą, to mają od każdego 3 leki, bo co to za doktor, który trzech leków nie przepisze. Potem mają 15–20 leków, które tylko wchodzą w interakcje.

Według Amerykańskiego Towarzystwa Gerontologicznego, powinien być 1 geriatra na 700 osób 60+. We Francji procedowana jest w tej chwili ustawa o tzw. szpitalach bliskości (*hôpitaux de proximité*) gdzie są 3 oddziały: geriatria, medycyna ogólna i rehabilitacja. Jednak we Francji jest rehabilitacja geriatryczna, której w Polsce nie ma.

Oddziały rehabilitacji ogólnej, proszę państwa, nie przyjmą typowego pacjenta z mojego oddziału, który ma 82 lata i zespół wielochorobowości. W związku z tym, jeżeli my w tej chwili nie zrobimy rewolucji w systemie ochrony zdrowia podstawowej opieki geriatrycznej, że osoba starsza idzie do lekarza rodzinnego, który najlepiej kiedy jednocześnie jest geriatrą i nie wysyła do 20 specjalistów, ma możliwość leczenia nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, zrobienia densytometrii, która kosztuje 30 zł i niewysyłania tych starych ludzi w kolejkę do endokrynologia czy ortopedy, żeby to zrobić... Jeżeli nie będzie oddziałów geriatrycznych lub internistyczno-geriatrycznych – a w każdym szpitalu nawet powiatowym można zrobić pododdział geriatryczny… Geriatria opiera się na internie. To jest podstawa. Natomiast, to jest interna plus neurologia, psychiatria, rehabilitacja. My staramy się leczyć to wszystko. Dopiero wtedy osoba starsza będzie objęta odpowiednią opieką.

I ostatnia rzecz – połączenie opieki medycznej ze społeczną. Pacjent w ZOL-u i pacjent DPS-u to jest w tej chwili praktycznie ten sam pacjent. Rozdzielenie tego kilkadziesiąt lat temu było poważnym błędem. Powinni państwo się zastanowić, w jaki sposób spróbować to scalić, żeby stworzyć jeden system, gdzie te osoby będą objęte opieką i pielęgnowane. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Dziękuję bardzo. Jeszcze patrzę w stronę… Widzę, profesorze. Chciałbym, żeby najpierw wypowiedzieli się seniorzy, którzy przyjechali z różnych części Polski i muszą wrócić jeszcze dzisiaj. Czy ktoś ze stowarzyszeń senioralnych? Lekarzy, profesorów widzę. Pytam o stowarzyszenia senioralne. Bardzo proszę. Proszę się przedstawić. Proszę włączyć mikrofon.

**Wiceprezes Fundacji Humanum B(est) Beata Babiak:**

Dzień dobry wszystkim państwu. My przyjechaliśmy ze Szczecina. Nazywam się Beata Babiak. Jestem wiceprezesem dużej szczecińskiej fundacji, która wspiera seniorów i promuje wśród nich zdrowy styl życia. Mamy pod opieką ponad 0,5 tys. seniorów, którzy są w dobrej kondycji psychofizycznej. Przyjechaliśmy tutaj, żeby zwrócić uwagę na to, w jaki sposób przedłużyć tę dobrą kondycję, żeby nasi seniorzy byli jak najdłużej w dobrej kondycji, sprawni fizycznie i psychicznie. Chcielibyśmy bardzo prosić o zwrócenie większej uwagi na temat medycyny prewencyjnej. Medycyna prewencyjna – jak rozpoznawaliśmy ten temat – mogłaby być kompleksowo poruszona i zagospodarowana centralnie, systemowo, chociażby przez NFZ, dlatego że jest ogromna potrzeba podtrzymania dobrej kondycji fizycznej i psychicznej wśród seniorów. To jest pierwszy temat.

Drugi temat. Bardzo potrzebna jest pomoc psychiatryczna dla seniorów, zwłaszcza w okresie żałoby. Mamy bardzo dużo takich sygnałów. Nie możemy sobie z tym poradzić jako organizacja pozarządowa, a jest bardzo trudny problem ograniczonego dostępu seniora do wsparcia w sytuacji kryzysowej, w momencie, kiedy on znajduje się w sytuacji żałoby.

Z tymi dwiema rzeczami przyjechaliśmy tutaj, 600 km w jedną stronę. Może panie, które ze mną przyjechały, mają jeszcze coś do dodania. Ja oddam chętnie głos.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Czy ktoś z państwa chce jeszcze zabrać głos ze strony seniorów? Bardzo proszę, oddaję panu głos. Proszę się przedstawić.

**Kierownik Pracowni Integracji Międzypokoleniowej Kujawsko-Pomorskiego Centrum Kultury w Bydgoszczy Julian Waszak:**

Julian Waszak, Kujawsko-Pomorskie Centrum Kultury w Bydgoszczy, Pracownia Integracji Międzypokoleniowej. Szanowni państwo, oprócz działań medycznych również ważna jest edukacja do i w starości, przygotowanie kadr, które wspomogą zarówno lekarzy, jak i panie pielęgniarki, rehabilitantów, terapeutów etc. Natomiast, mili państwo,

my w tej chwili mamy olbrzymie braki kadrowe. Mówi się o lekarzach, o pielęgniarkach. Bardzo często, jeśli chodzi o funkcje opiekuńcze wobec osób starszych, edukacyjne, zajmują się tym pedagodzy, psycholodzy, animatorzy itd. My z kolei mamy braki, jeżeli chodzi o geragogów – pedagogów osób starszych, którzy łączą funkcje edukatora zdrowia i promotora zdrowia, doradcy rehabilitacyjnego, profilaktyka społecznego oraz tych wszystkich innych zawodów, które wcześniej wymieniłem.

Jesteśmy bardzo młodym zawodem, który już wymiera. My praktycznie nie istniejemy. Nie ma ludzi chętnych do podjęcia tego zawodu, to raz. A dwa – nie ma środków finansowych, żebyśmy pracowali. My z kolegą zajmujemy się uniwersytetem trzeciego wieku. Mamy ponad 1000 klientów, a nasz zespół liczy 3 osoby. Tylko 3 osoby. Przychodzą ludzie z naprawdę różnymi, potężnymi problemami. Wiele z tych zadań jest dla miejskiego ośrodka pomocy społecznej, dla zupełnie innych służb, ZOL-i itd., natomiast to wszystko jest zrzucone na nas, chociażby z tego tytułu, że ludzie nie wiedzą, gdzie mają iść, gdzie mają uzyskać pomoc. Przychodzą do nas, bo nam po prostu ufają…

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Dziękuję bardzo.

**Kierownik Pracowni Integracji Międzypokoleniowej Kujawsko-Pomorskiego Centrum Kultury w Bydgoszczy Julian Waszak:**

Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Proszę bardzo, jeszcze ktoś. Oddaję panu głos. Proszę o dyscyplinę czasową.

**Kierownik Kliniki i Polikliniki Geriatrii w Narodowym Instytucie Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji Tomasz Targowski:**

Prof. Tomasz Targowski. Ja jestem kierownikiem Kliniki i Polikliniki Geriatrii w Narodowym Instytucie Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji. Jestem specjalistą geriatrii, chorób wewnętrznych i chorób płuc, i z racji tego, że Narodowy Instytut Geriatrii był tu wspominany, chciałbym zdać relację, jak to wygląda obecnie w Narodowym Instytucie Geriatrii.

Otóż, obecnie funkcjonuje tam 25-łóżkowy oddział pod moim kierownictwem, pracujący na pełnych obrotach. W ramach ryczałtu szpitalnego otrzymaliśmy kontrakt w granicach 3,3–4 mln zł. W ubiegłbym roku uruchomiliśmy ambulatoryjną opiekę specjalistyczną w zakresie poradnictwa geriatrycznego. W ciągu ostatnich dwóch lat otrzymaliśmy dotację z Ministerstwa Zdrowia na uruchomienie pracowni: kolonoskopowej, gastroskopowej, bronchoskopowej, echokardiograficznej, ultrasonograficznej i badań czynnościowych. Obecnie staramy się uruchamiać pracownię analizy składu ciała. Staramy się po prostu dysponować wszelkimi narzędziami do kompleksowej opieki nad pacjentami.

Jeśli chodzi o wspominane standardy opieki geriatrycznej, to my w zakresie obsady kadrowej te standardy spełniamy. Nie jesteśmy dużym zespołem. To prawda, geriatrów brakuje. Obecnie mamy dwóch geriatrów i czterech lekarzy specjalizujących się w geriatrii. Sukcesywnie zwiększamy liczbę miejsc specjalizacyjnych, ale to jest proces długotrwały.

Mamy również pielęgniarki. Obecnie w zespole pielęgniarskim mamy 4 pielęgniarki – dwie wyspecjalizowane i dwie specjalizujące się w zakresie pielęgniarstwa geriatrycznego. Mamy pełną obsadę, jeśli chodzi o opiekunów medycznych, również przeszkolonych w zakresie opieki geriatrycznej. Mamy też opiekę psychologiczną, rehabilitacyjną i dietetyczną.

Jako instytut i placówka naukowa zajmujemy się również badaniami naukowymi. Obecnie Narodowy Instytut Geriatrii jako jedyna placówka z Polski uczestniczy w dwóch międzynarodowych dużych projektach związanych z opieką geriatryczną – w pięciu, razem z panem prof. Kostką…

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Panie profesorze…

**Kierownik Kliniki i Polikliniki Geriatrii w NIGRR Tomasz Targowski:**

Przepraszam najmocniej. Pierwszy projekt dotyczy zintegrowanej opieki medycznej u osób w starszym wieku, a drugi projekt dotyczy zespołu kruchości – wypracowania europejskich standardów postępowania w zespole kruchości, oczywiście z uwzględnieniem specyfiki polskiej. Staramy się więc cały czas tę geriatrię budować. Oprócz tego funkcjonuje jeszcze Zakład Gerontologii w naszym instytucie.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Dziękuję bardzo. Zgłasza się jeszcze pani ze strony seniorów. Bardzo proszę. Proszę się przedstawić i w dyscyplinie czasowej zawężać wypowiedź do ok. minuty.

**Członek Fundacji Humanum B(est) Anna Cibor:**

Nazywam się Anna Cibor. Jestem z organizacji ze Szczecina, z fundacji. Jestem wolontariuszką, mimo że bardzo poważnie choruję. Wysłuchałam tu wszystkich rozmów i chciałabym prosić, żeby w ministerstwie, w ogóle w obecnym rządzie był program przeciwdziałający chorobom starczym, szczególnie otępiennym, żebyśmy mieli dostęp do rehabilitacji, a nie tak, jak teraz, że kiedy otrzymuję skierowanie, czekam prawie 2 lata na ćwiczenia rehabilitacyjne, a także żeby powstawały kluby dzielnicowe. Jednak do tego potrzebne są pomieszczenia, w których uaktywniano by ludzi z dzielnic, żeby starsze osoby mogły tam przyjść łatwo. Muszą być więc opłacane albo przez urząd miasta, albo niech to wszystko będzie ujęte.

Następna sprawa. Czy w ministerstwie, wzorem innych krajów, jest taka komórka, która opiekuje się w razie potrzeby osobami starszymi, gdzie można się zwrócić w razie oszukania takiej osoby? Czy jest coś takiego w ministerstwie?

Następna sprawa. Czy można dopłacać, jeżeli kogoś stać na to, np. do soczewek? Jest teraz wspaniały program zapobiegania zaćmie, operacji zaćmy, ale dlaczego nie można wybrać lepszych soczewek.

I ostatnia sprawa, ważna dla mnie, osoby po siedemdziesiątce, zespoły geriatryczne. Bardzo mi się podoba pomysł takiego działania, żeby były komórki, które się tym zajmują – odwiedzają chorych i decydują, czy w szpitalach, czy gdzieś indziej, jest taka potrzeba geriatryczna. Chodzi o to, żeby nie kupować 50 leków, żeby to była osoba, która znajduje powiązania między lekami, które wykluczają się nawzajem. Nie mamy takich specjalistów. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Dziękuję bardzo. Jeszcze pan, proszę bardzo. Proszę się przedstawić.

**Przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów Naczelnej Rady Lekarskiej Kazimierz Kłodziński:**

Moje nazwisko Kłodziński. Jestem przedstawicielem w pewnym sensie dwóch stron, bo z jednej strony reprezentuję Naczelną Radę Lekarską, w której od trzech kadencji jestem przewodniczącym Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów, a drugiej strony sam jestem seniorem, w związku z tym niejako reprezentuję tu siebie jako seniora.

Jeżeli pan przewodniczący pozwoli – panie i panowie posłowie, koleżanki i koledzy seniorzy – chciałbym powiedzieć, co następuje. Po pierwsze, jak wynika jednoznacznie z przesłanek demograficznych, podstawowe pytanie, jakie powinniśmy tu dzisiaj rozstrzygnąć, brzmi: Ile geriatrii w opiece senioralnej? Wiadomo, że nie może być modelu, w którym opieka senioralna to 100% geriatrii, bo to jest niewykonalne, jak większość moich przedmówców to zauważyła.

Po drugie, musi istnieć ośrodek referencyjny, a raczej wiele ośrodków, przede wszystkim szkolących, przygotowujących, wypracowujących standardy. W związku z tym – jak mówiłem – podstawowe pytanie zabrzmi: Ile będzie geriatrii w opiece senioralnej? Zważywszy, że jesteśmy w tej chwili jednym z młodszych społeczeństw w Unii Europejskiej i zdajemy sobie sprawę z tego, że inne kraje unijne obecne problemy, które staną przed nami – bo jeszcze dzisiaj ich aż tak ostro nie czujemy – rozwiązują tak, czy inaczej, absolutnie konieczne są ośrodki, które będą badały te zagadnienia, bo one są praktycznie rozstrzygane. My nie musimy prowadzić wielkich badań. Te badania są wykonywane w żywych eksperymentach, w pozostałych, starszych od nas demograficznie krajach

Unii Europejskiej. Wystarczy spokojnie przestudiować ich rozwiązania, doświadczenia i wybrać to, co pasuje do naszego modelu, do naszej obyczajowości…

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Dziękuję bardzo…

**Przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów NRL Kazimierz Kłodziński:**

…do naszych zwyczajów. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Jeszcze dwa zgłoszenia i zamykam listę dyskutantów. Szanowni państwo, w takim razie, ze względu na ograniczenia czasowe, ograniczam czas wypowiedzi do minuty. Bardzo proszę, pani się zgłasza. Nie trzeba cały czas trzymać ręki w górze, bo ja to widzę.

**Kierownik Oddziału Psychogeriatrycznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie Agnieszka Borzym:**

Agnieszka Borzym. Ja reprezentuję Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Jestem kierownikiem Oddziału Psychogeriatrii. Szanowni państwo, od 20 lat, od czasu, kiedy pracuję w tym oddziale, w Warszawie i okolicach nie powstał żaden oddział psychogeriatryczny, chociaż wiemy, że przybyło dużo osób starszych. Myślę, że jeżeli tak będziemy traktować tę dziedzinę psychiatrii jak do tej pory, to te oddziały będą się zamykały.

Oddział psychogeriatryczny jest takim oddziałem, gdzie leczy się choroby psychiczne, ale u tych starszych osób jest mnóstwo chorób somatycznych, którymi też się zajmujemy. Tak naprawdę, psychiatria, zarówno osób starszych, jak i pozostałych, rozliczana jest z osobodnia i różnica pomiędzy oddziałem psychogeriatrycznym a oddziałem ogólnym psychiatrycznym to niecały 1 zł. Jeżeli taką mamy wycenę naszych usług, to myślę, że szpitale bardziej będą chciały zamykać takie oddziały aniżeli je utrzymywać, bo one zawsze będą nierentowne.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Dziękuję bardzo. Pan, proszę bardzo. Oddaję panu głos. Proszę się przedstawić. Proszę, oddaję głos.… Jeżeli jest jakiś kłopot, to zgłaszała się jeszcze pani po prawej stronie. Proszę bardzo, teraz pani oddaję głos. Proszę o minutę wypowiedzi. Proszę się przedstawić.

**Członek Fundacji Humanum B(est) Jolanta Grabowska:**

Witam państwa bardzo serdecznie. Jolanta Grabowska, jestem członkiem Fundacji Humanum B(est) ze Szczecina. Przyjechaliśmy tutaj na zaproszenie. Dziękujemy za to zaproszenie, chociaż początek tej dyskusji ogromnie nas zdegustował z uwagi na te przepychanki, kto, kiedy, jak i kto komu gorzej zrobił. Myślę, że po co innego się tutaj spotkaliśmy. Nie drążąc jednak tego tematu – poprzednicy powiedzieli już bardzo dużo na temat tego, czego oczekują. Natomiast, z mojej strony – kończąc ten wywód – postulat do państwa, żebyście zwrócili uwagę na to, że im dłużej osoby senioralne będą sprawne fizycznie i umysłowo, tym mniej będziemy mieć tego wstępu do geriatrii, tym mniej pieniędzy będziemy wydawać na leki i na zabezpieczenie rehabilitacyjne. W związku z tym ukłon w państwa stronę, żeby zwrócić uwagę na ten moment, żeby wiek emerytalny, senioralny w zdrowiu jak najbardziej przedłużyć, bo jak widać po obecnych tu koleżankach, które przyjechały ze Szczecina, trzymają się bardzo zdrowo…

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Dziękuję bardzo…

**Członek Fundacji Humanum B(est) Jolanta Grabowska:**

…są bardzo sprawne umysłowo. Dziękujemy za zaproszenie.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Prof. Imiela, bardzo proszę. Też około minuty, profesorze.

**Konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych Jacek Imiela:**

Krótko, aczkolwiek nie wiem, czy w minutę. Proszę państwa, oczywiście nie polityka, a medycyna i życie ludzi starych – to jest bardzo istotne – spotkały się tu tak naprawdę w jednym celu, żeby spróbować popracować czy zaproponować pewne rozwiązania doty-

czące systemu zarówno leczenia, jak i finansowania ludzi w wieku podeszłym. Tutaj było to bardzo podkreślone.

Geriatria a wiek senioralny – bardzo istotne, ale pamiętajcie państwo – głównie jako szef internistów muszę podkreślić jedno – interna zajmuje się w większości ludźmi w wieku podeszłym, a szpitale powiatowe i oddziały wewnętrzne przeżywają w tej chwili zupełny dramat, ponieważ jest coraz mniej lekarzy. Tak jak mamy mało geriatrów, tak i coraz mniej internistów, więc problem profilaktyki, leczenia i rehabilitacji ludzi w wieku podeszłym będzie coraz trudniejszy. Dlatego należy opracować system, który by uwzględniał zarówno podejście terapeutyczne, diagnostyczne, jak i możliwości znalezienia się w trudnej sytuacji medycznej ludzi w wieku podeszłym.

Tutaj była proponowana sprawa zespołów geriatrycznych mobilnych. Ja proponowałem swego czasu, aby w każdym szpitalu albo w pobliżu oddziałów wewnętrznych był jeden konsultant geriatra, który może wzmocnić opiekę internistyczną…

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Dziękuję…

**Konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych Jacek Imiela:**

Próbujemy więc wprowadzić do systemu specjalizacyjnego poszerzenie wiedzy geriatrycznej tak, żeby interniści mieli dobre możliwości postępowania z takimi chorymi. Jednak kwestia ambulatorium, leczenia szpitalnego, profilaktyki leczenia i pokazanie systemu, który miałby to poprawić, ze szczególnym uwzględnieniem właściwego pokierowania finansowaniem, które powinno być zwiększone – to jest sygnał, rzut oka…

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Dziękuję bardzo. Ostatni głos w dyskusji. Pan się zgłasza, bardzo proszę.

**Przewodniczący Komisji Zdrowia, Opieki Społecznej, Bezpieczeństwa i Porządku Publicznego Rady Powiatu Piaseczyńskiego Krzysztof Kasprzycki:**

Szanowni panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, nazywam się Krzysztof Kasprzycki. Jestem przewodniczącym Komisji Zdrowia, Opieki Społecznej, Bezpieczeństwa i Porządku Publicznego w jednym z podwarszawskim powiatów. Przyjechałem tutaj głównie ze względu na swoich seniorów, ponieważ opiekuję się zarówno gminną radą seniorów, jak i konwentem rad seniorów z całego powiatu.

Seniorzy kładą bardzo duży nacisk na opiekę, nie tylko geriatryczną. Seniorzy przede wszystkim oczekują podstawowej opieki. Mają problemy z dostaniem się do lekarzy specjalistów, takich jak kardiolodzy czy ortopedzi. Moi seniorzy są na tyle zdeterminowani, że w ostatnim czasie wystosowali petycję, pod którą podpisało się 1,5 tys. mieszkańców – petycję do Narodowego Funduszu Zdrowia – i zapewne będą walczyć o zwiększenie tej podstawowej opieki zdrowotnej. Dlatego tak bardzo ważne jest, według mnie, żeby również opieka geriatryczna była na wysokim poziomie, a przede wszystkim, żeby w ogóle była w naszym powiecie.

Druga rzecz, do której chciałbym się odnieść, to leki 75+, o których tu państwo mówili. Muszę państwa, szczególnie tych, którzy tak bardzo wychwalali ten program, sprowadzić na ziemię, ponieważ mam kontakt z ok. 4,5 tys. seniorów i powiem szczerze, że spotkałem chyba tylko kilku, którzy z tego programu korzystają. Zatem ja nie wiem, kto z tego programu korzysta i gdzie podziało się 50 mln paczek tych leków.

I jeszcze jedna rzecz, ostatnia. Bardzo często słyszę od państwa „przez 8 lat” czy „za naszych poprzedników”. Ja, proszę państwa, jestem radnym również wybranym przez społeczeństwo. Jeżeli za 4 lata swoim wyborcom powiem „ słuchajcie, moi poprzednicy”, to wie pan, co mi powiedzą moi wyborcy – „panie, co pan mówisz. Miał pan 4 lata na to, żeby doprowadzić jakąś rzecz do stanu pożądanego”. Dlatego bardzo proszę nie zasłaniać się tym, że państwa poprzednicy coś robili źle. Mieli państwo na to 4 lata. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Dziękuję. Szanowni państwo, powoli kończymy. Ja chcę, żeby minister bardzo krótko odniósł się do… Panie ministrze, po to się jest ministrem, żeby krótko i precyzyjnie się

odnosić do zadanych pytań, a nie długo. Celem nie jest długo, tylko precyzyjnie. Bardzo o to proszę.

Jeszcze ja mam do pana trzy słowa. To będą krótkie pytania do pana. Otwieraliśmy Narodowy Instytut Geriatrii po to, żeby przede wszystkim szkolić z zakresu geriatrii lekarzy internistów, neurologów, tych lekarzy, którzy są w szpitalach powiatowych. Oczywiście szkolenie geriatrów jako takich jest bardzo ważne, ale wiemy, że jest trudne i długotrwałe. Celem instytutu geriatrii było to, żeby szkolić lekarzy ze szpitali powiatowych i marszałkowskich, którzy codziennie zajmują się starszymi osobami, które tam trafiają, bo przecież niewielki odsetek trafia do czystych szpitali czy oddziałów geriatrycznych. Większość trafia do szpitali powiatowych czy marszałkowskich. Proszę odpowiedzieć na pytanie, ilu lekarzy POZ-u i ilu lekarzy ze szpitali powiatowych przeszkolono z zakresu geriatrii w instytucie geriatrii w latach 2015–2018. To jest pierwsze pytanie.

Drugie pytanie dotyczy rehabilitacji. Proszę powiedzieć, o ile skrócił się czas, bo w licznych zapowiedziach ministra Radziwiłła i ministra Szumowskiego usłyszeliśmy, że kolejki do świadczeń rehabilitacyjnych po prostu znikną… Co mam tu długo panu opowiadać? Proszę nam powiedzieć, jak zniknęły kolejki do rehabilitacji.

I rzecz trzecia. Mam do pana pytanie dotyczące leków, które zadaję panu już po raz kolejny. Wprowadzili państwo projekt – leki za darmo dla seniora. Opowiadacie, że seniorzy mają te leki. Jakie mają, wszyscy widzimy. Proszę jednak odpowiedzieć mi na jednio pytanie. Dlaczego senior, który wychodzi ze szpitala po kilkudniowym, tygodniowym czy wielomiesięcznym leczeniu, musi ustawiać się w kolejce do lekarza POZ, żeby otrzymać lek z listy leków teoretycznie darmowych? Dlaczego państwo tak uparcie bronią tego, żeby musiał to wypisywać lekarz POZ, a nie lekarz specjalista, do którego senior trafia? Kardiolog, okulista, ortopeda, chirurg, neurochirurg – wszystko jedno – nie może wypisać tej recepty, bo zablokowaliście to w ustawie.

To są moje trzy pytania – liczba przeszkolonych lekarzy, kolejka do rehabilitacji i dlaczego zmuszacie seniorów do ustawiania się w kolejkach do POZ. Koniec pytań. Minister zdrowia – dopowiedź i zamykam posiedzenie Komisji Zdrowia.

**Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:**

Trudno jest odpowiadać na pytania krócej niż są zadawane…

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

To jest sztuka, ale trzeba ją opanować.

**Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:**

Pytań było dużo. Proszę państwa, nie chciałbym wracać do początku tej dyskusji, tej debaty, bo mam poczucie, jakbyśmy się spotkali rozmawiać o dwóch różnych tematach. Opracowując materiał na temat zadany, z którym tu przybyliśmy, odnosiliśmy się dokładnie do zadanego pytania będącego tematem tego posiedzenia Komisji, czyli systemu opieki geriatrycznej w Polsce. Taki materiał państwo otrzymali. Otrzymali państwo również dane liczbowe dotyczące ostatnich dwóch lat, a jeśli była możliwość wcześniejszych, ale, jak widzę, te tabele są czytane w sposób niejednoznaczny. Natomiast oczekiwanie, żebyśmy w tej chwili przygotowali określony plan i przedstawili go, jest jak najbardziej słuszne. Jest to nawet możliwe, niemniej jednak takiego zapytania, zaproszenia, nie było.

Ja próbowałem grupować te zagadnienia. Rzeczywiście Najwyższa Izba Kontroli podaje krytyczne informacje na temat różnego rodzaju obszarów, jednak raport NIK dotyczący opieki geriatrycznej, z tego, co pamiętam, był w roku 2015 r. Trudno więc twierdzić, żebyśmy byli odpowiedzialni za tamte okresy. Można odnieść się do choroby Alzheimera, ale ten raport dość jednoznacznie był omawiany na posiedzeniach komisji różnego rodzaju. Przy czym choroba Alzheimera to nie jest jedyna rzecz związana z otępieniem. Błędy metodyczne tego raportu przedstawiałem różnym innym komisjom.

Jeszcze jeden element z tej pierwszej wypowiedzi. Dotyczył on opieki długoterminowej. Też mamy konkretny raport i też mamy konkretny okres, za który był realizowany. Opieka długoterminowa również jest tym obszarem, o którym powinniśmy debatować, ale w odniesieniu do opieki długoterminowej, a niekoniecznie do potrzeb określonej grupy wiekowej, społecznej czy jakiejkolwiek innej. Inaczej będziemy mieli tego typu

pomyłki – nie chcę tego inaczej nazywać – jak wskazana przez pana posłała kwota 100 mln na opiekę geriatryczną. W ogóle nie wiem, skąd wzięła się taka liczba, bo nawet z tych tabelek, które państwo mają, plus elementy, które tu też padały w ramach raportu, można wyliczyć, że to są ponad 2 mld zł. Jest to obszar, którym dysponujemy w tej chwili. I nie wiem, czy to jest informacja radosna dla wszystkich, ale ta kwota wzrasta rok do roku, proporcjonalnie do środków pozyskiwanych przez NFZ. Tak więc, wydatki na NFZ jak najbardziej rosną…

**Poseł Elżbieta Radziszewska (PO-KO):**

Panie ministrze…

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Pani poseł, teraz mówi minister.

**Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:**

Wydatki na osoby starsze za realizowanie usług. Duży temat, który odnosił się również do tych rzeczy, które były zrobione. Ja rozumiem, że jeśli ktoś tu przedstawia, żeby były podjęte określone inicjatywy, to jest reakcja taka, co z tymi inicjatywami się zdarzyło. Może odnieśmy to do tego elementu.

Otóż, ja nie pracuję pełną kadencję w ministerstwie, natomiast geriatrią zajmuję się od dwóch lat. Geriatrią czy bardziej opieką senioralną. Z tych dokumentów, które dotarły, wynika, że w 2007 r. zakończył prace zespół geriatryczny, który opisał standardy. Zostały one opublikowane w 2013 r., ale nie przez ministra zdrowia ani w formie rozporządzenia czy choćby zarządzenia, tylko w formie publikacji artykułu w piśmiennictwie. Tak więc, my z tych standardów pewnie możemy wiele wyciągnąć, aczkolwiek analiza ich wskazywała, że nie jesteśmy w stanie… Prawdopodobnie ten okres między rokiem 2007 a 2013 był temu poświęcony, że nie byliśmy w stanie ich zrealizować. To jest rzecz, która być może powinna jednoznacznie wybrzmieć, ale niekoniecznie ode mnie w tej chwili.

Odnośnie do AOS i tych zmian, procedura konkursowa polega też na tym, żeby spełnić określone standardy. Nie umiem powiedzieć, dlaczego w niektórych sytuacjach liczba tych poradni spada, ale z perspektywy Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia szczególnie analizujemy wielkość środków przeznaczanych na tę opiekę, bo już od dawna wiemy – myślę, że wśród specjalistów zajmujących się systemem ochrony zdrowia nie podlega to dyskusji – że nie liczba poradni, nie liczba punktów przynosi efekt w postaci zwiększonej dostępności. Wiele razy na ten temat dyskutowaliśmy, a w geriatrii jest tak samo.

Tutaj odbyła się prezentacja ze strony instytutu, w związku z tym, ten instytut nie jest w żaden sposób zagrożony. Natomiast odnośnie do kształcenia – kształcenie w zakresie geriatrii nie było celem instytutu. Tym elementem zajmuje się w polskim systemie CMKP. Nie mam tu tej liczby – przekażemy ją na piśmie – ale wiele tysięcy lekarzy, szczególnie podstawowej opieki zdrowotnej, było przeszkolonych w Polsce właśnie dzięki temu CMKP, niekoniecznie instytutowi geriatrii, który miał inny cel, kiedy go państwo powoływali…

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Ja wiem, jaki on miał cel, kiedy go powoływaliśmy. Proszę kontynuować.

**Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:**

To skąd ta informacja, że miał cel wykształcenia lekarzy, szczególnie tych po specjalizacji. Pojawiały się tu elementy dotyczące działań. Oczywiście, trudno jest znieść informację, że „nic nie robicie”. To jest rzecz, która tu wzbudza emocje, bo nie jest to prawdą.

Jeżeli chodzi o cały program polityki społecznej wobec osób starszych, jest dokument przyjęty przez Radę Ministrów, opublikowany w „Monitorze Polskim”. Jest opisany w formule zarówno tej części opieki społecznej, której w polityce senioralnej zdecydowanie więcej potrzeba niż tej części medycznej… Natomiast jest również opisana część medyczna, są wskazane zadania. Jest opis dotyczący tego, co tutaj mówili państwo ze Szczecina, czyli tej części profilaktyki. Są dokładne rozwiązania, co może wziąć samorząd, jeżeli będzie chciał dofinansowywać i po prostu przedstawić. Polecam więc publikację, która jest przyjęta przez rząd, a nie tylko Ministerstwo Zdrowia. To w kontekście

odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób porozumiewamy się z panią minister Rafalską. Jest to dokument prowadzony dokładnie przez Ministerstwo Pracy, Rodziny i Polityki Społecznej. Duża część dotyczyła zakładów opieki leczniczej – to jest element opieki długoterminowej.

Dla tych z państwa, którzy będą chcieli zapoznać się z tym dokumentem, o którym mówiłem, przyjętym przez Radę Ministrów – tam są dokładnie opisane obszary, gdzie opieka długoterminowa, ta stacjonarna, jest zarówno po stronie reprezentowanej przez ministra zdrowia, jak i po stronie pomocy społecznej. Mamy 5 obszarów, 5 elementów opieki stacjonarnej, z czego 3 po stronie Ministerstwa Zdrowia, a 2 po stronie pomocy społecznej. Dzięki m.in. temu opracowaniu, przyjętemu jesienią ubiegłego roku, ta część opieki jest wreszcie możliwa do zorganizowania wspólnie – mamy taką nadzieję – jako jedna oferta dla osoby, która tej opieki potrzebuje.

Podobnie, krok wstecz, były tutaj sygnały, żeby zaopiekować się osobą, która niekoniecznie jest pacjentem. Zakończyliśmy projekt dofinansowywany przez Unię Europejską zwany D-Domy. To są miejsca, gdzie osoba w wieku podeszłym, najczęściej osoba, która jest niesamodzielna, jest dowożona na określone terapie, najczęściej grupowe. Jest tam również realizowana opieka medyczna, opieka rehabilitacyjna itd. Ten projekt analizujemy. On jest na tyle obciążający kwotowo, że musimy stworzyć inną konstrukcję, żeby obciążać nie tylko NFZ.

Była też mowa o sieci szpitali. Otóż, sieć szpitali jest pierwszym elementem, który gwarantuje raczej funkcjonowanie tych szpitali, a nie ich zamykanie. To, że szpitale powiatowe mają problemy, dostrzegamy. Widzimy możliwości rozwiązywania m.in. poprzez zwiększenie wycen w tych obszarach interny czy chirurgii, ale również umożliwienia tworzenia opieki długoterminowej bez redukcji tej kwoty ryczałtu. Pan poseł i kilkoro z państwa na ten temat mówili.

Opieka długoterminowa to jest ZOL (w naszym rozumieniu) czy część pielęgnacyjno -opiekuńcza, ale również opieka domowa. Jeżeli koordynacja tego obszaru miałaby przynieść jakiś efekt, to na poziomie szpitala powiatowego ta część administracyjna powinna być uruchamiana. To są rzeczy, które w tej chwili opracowujemy. Mam nadzieję, że będą w niedługim czasie.

Jeśli chodzi o samych geriatrów, podałem tu ich liczbę. Podałem również liczbę, ilu geriatrów praktykuje, w związku z tym, nie do końca mogę się zgodzić z panem prof. Kostką, że jest ich tylko połowa, bo to są liczby z portalu NFZ. To jest ten obszar, który mamy.

Odnośnie do kształcenia, myślałem, że pan prof. Imiela powie o tym modułowym kształceniu, jaki był wpływ raczej na niemożność rozwinięcia, szczególnie w internie…

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Panowie profesorowie, panie profesorze…

**Konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii Tomasz Kostka:**

Miałem troszkę mało czasu, żeby to…

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Panie profesorze.

**Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:**

Możemy jednak spierać się odnośnie do efektu prowadzenia… Spierać nie z panem profesorem, w tym przypadku.

I ostatni temat, który tu wielokrotnie był podnoszony, a do którego chciałbym się odnieść. To są leki 75+. Proszę państwa, ja nie umiem powiedzieć, gdzie te pieniądze poszły, ale jeżeli w systemie jest ponad 0,5 mld zł – za ub.r. to jest to ponad 600 mln – to te pieniądze wróciły do osób, które osiągnęły 75 rok życia. Oczywiście na początku mieliśmy na to bardzo ograniczony budżet, dlatego też ta lista była ograniczona, jednak ona rośnie rok do roku. W zasadzie co kwartał modyfikuje się tę listę nie w zależności od tego, jakie leki są wpisywane na listę, ale w zależności od potrzeb pacjentów. Jeżeli są potrzeby takie, które powinny być zadośćuczynione – czy to jest cukrzyca, astma czy jakiekolwiek inne choroby – te leki są dostępne, to wtedy uruchamiamy poszerzenie tej listy.

Odnośnie do zasady przyjętej na początku, czyli kierowania przez lekarza opieki podstawowej, przesłanki za tym ówczesnym stanowiskiem były takie, że z jednej strony obawa nadużyć, nadużyć ze strony wypisujących, a z drugiej strony, obawa również…

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Przepraszam. Czy ja dobrze pana zrozumiałem – obawa nadużyć ze strony specjalistów?

**Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:**

Nie. Obawa nadużyć ze strony przepisujących osób, które generalnie nie mają wiedzy o dokumentacji medycznej dotyczącej całego pacjenta. Jeżeli mamy budować POZ – bo tutaj też takie stwierdzenia padały – to budujemy ją na podstawie listy osób zadeklarowanych u danego lekarza i ten lekarz, prowadząc dokumentację, weryfikuje również elementy przepisywanych leków, czyli uniemożliwia polipragmazję. To jest ta rzecz, która jest przesłanką stymulującą do tego, żeby nie rozdzielać tej puli, tej możliwości, na wszystkich lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):**

Dziękuję bardzo. Szanowni państwo, już zakończyliśmy dyskusję. Minister się ustosunkował. Odnośnie do rzeczy, które nie były wypowiedziane w czasie debaty, będziemy prosili o ustosunkowanie się na piśmie, jak zwykle.

Chcę państwu podziękować – wszystkim tym, którzy nas dzisiaj odwiedzili, z różnych stron Polski. Zwracam się w tej chwili do seniorów, ponieważ wasz problem – tym zajmujecie się aktywnie – będzie w Polsce narastał, bo krzywa wieku jednoznacznie pokazuje, w którą stronę demografia będzie zmierzać.

Rola opieki senioralnej to nie tylko czysta geriatria – podkreślam – ale i wieloaspektowa współpraca wielu ministerstw. Przeproszę też państwa za pewnego rodzaju zachowania i emocje, które pojawiły się na początku tego posiedzenia Komisji – chciałem tego uniknąć. Może po prostu powiem państwu – przepraszam, i to wystarczy.

Mogę państwu obiecać, że problemem senioralnym będziemy zajmowali się coraz częściej i coraz bardziej aktywnie, dlatego że jest to problem nie tylko medyczny, ale także opieki społecznej, edukacyjnej i aktywności zawodowej. Bardzo dziękuję państwu za państwa aktywność. Jeśli państwo będą mieli swoje przemyślenia czy nowe pomysły, prosimy o kierowanie ich do Komisji, a ja na pewno będę poddawał je obradom prezydium Komisji. Jeśli to będą problemy głębsze, będziemy omawiać je na posiedzeniu Komisji. Jeszcze raz wszystkim dziękuję.

Zamykam posiedzenie Komisji.